

ration et la toux, capable d'entraîner une dyspnée notable; 2° une crépitation, que l'on perçoit au niveau du point douloureux, soit avec le doigt pressant sur la paroi, soit avec l'oreille, pendant que le malade tousse ou fait une large inspiration. Il ne faut point confondre cette crépitation profonde, à timbre rude, avec la crépitation de l'emphysème, qui souvent complique ces fractures de côtes, et qui est caractérisée par sa superficialité et sa finesse.

Dans les cas simples, la douleur se calme après les premiers jours, et la consolidation se fait du 25^e au 30^e jour. Elle s'établit par un cal, souvent peu marqué, quelquefois exubérant et soudant l'une à l'autre deux côtes voisines. Le pronostic n'est sérieux que dans le cas de lésions pulmonaires concomitantes.

Il faut signaler, chez quelques sujets, la persistance de pleurodynies tenaces, qui dépendent probablement plutôt de lésions viscérales que de la fracture costale.

Traitement. — Dans la majorité des cas, il suffit de calmer la douleur des premières heures par une piqûre de morphine et d'immobiliser le thorax dans un bandage de corps en flanelle ou dans une large bande de diachylon.

ARTICLE IV

PLAIES DU CŒUR

Étiologie et mécanisme. — Le cœur droit, surtout le ventricule droit forme la majeure partie de la surface antérieure du cœur, accessible à une arme blanche ou à un projectile: donc, par ordre de fréquence, ainsi qu'il résulte des statistiques de JAMAÏN et de FISCHER, c'est la lésion du ventricule droit qui vient en première ligne; puis celle du ventricule gauche; puis celle de l'oreillette droite; enfin celle de l'oreillette gauche.

Les blessures non pénétrantes sont rares: elles résultent ordinairement de coups atteignant l'organe très obliquement.

— Les armes blanches, couteaux ou baïonnettes, peuvent se borner à une piqûre: témoin le cas fameux de La Tour d'Auvergne qui succomba à un coup de lance et chez qui on ne trouva qu'une petite plaie peu profonde dans la paroi du ventricule gauche. — Un projectile, prenant une paroi en enfilade, peut aussi l'érafler ou la creuser d'un sillon non pénétrant.

Les plaies pénétrantes produites par un coup de couteau sont longitudinales ou transversales. Celles qui résultent de l'action d'un projectile, offrent en général, surtout au niveau de l'orifice de sortie, des perforations irrégulières, prolongées par des fissures profondes. Ces fissures sont à leur maximum quand il s'agit de projectiles à grande vitesse; on trouve alors des lésions du type explosif avec déchirures allongées intéressant toute l'épaisseur de la paroi. La *théorie hydraulique* explique ces dégâts: le projectile, ayant traversé la première paroi, et arrivant dans une cavité remplie de liquide, communique à ce liquide une hypertension brusque, capable de faire éclater le cœur.

Symptômes et diagnostic. — Le shock est ordinairement considérable: le pouls est petit, les téguments décolorés, les extrémités cynosées. Mais ce shock peut manquer. Le diagnostic se fonde: sur le siège de la blessure; sur sa direction; sur ses rapports avec la région occupée par le cœur: sur l'issue d'une quantité considérable de sang par la plaie; surtout sur les signes d'une abondante hémorragie interne avec compression du cœur par le sang accumulé dans le péricarde. Pouls filiforme et rapide; augmentation de la matité péricardique; assourdissement des bruits du cœur; dyspnée progressive; tels sont les signes de l'*hémopéricarde*.

Quand l'épanchement sanguin est minime et demeure stationnaire, quand il s'agit d'une petite plaie pariétale capable de se cicatriser autour du caillot qui s'organise, il est possible d'observer une guérison spontanée. Mais, en général, les blessures du cœur, surtout les blessures par armes à feu, entraînent la mort rapide: si quelques statistiques rapportent des faits curieux de guérison, les comptes rendus des guerres accusent une grave léthalité. Aussi ces chances de mort promptes son-

telles que l'infection a rarement le temps de se manifester : la péricardite suppurée traumatique n'est point souvent observée.

Traitement. — Le repos absolu des blessés est la première indication. La plaie est traitée par l'occlusion antiseptique. Peut-on faire plus et procéder à une hémostase directe du cœur par la suture ? En 1896, FARINA a tenté cette intervention : elle a été reprise, depuis, avec quelques succès, par REHN, par PARROZANNI, par FONTAN, par LAUNAY ; TERRIER et RAYMOND viennent d'en faire l'objet d'un important rapport, qui réunit 46 interventions pour plaies du cœur, avec 17 guérisons.

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU THORAX

ARTICLE PREMIER

ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS

En dehors des phlegmons circonscrits, aux caractères banaux, il faut mentionner spécialement certains phlegmons diffus des parois, remarquables par l'étendue de la tuméfaction, capables de s'étendre depuis l'aisselle jusqu'à la base du thorax et jusqu'à la crête iliaque. La suppuration y est rapide, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, de troubles dyspnéiques, de symptômes septicémiques. Les incisions, larges et multiples, doivent être précoces.

II. — ABCÈS CHRONIQUES DES PAROIS THORACIQUES ABCÈS FROIDS DU THORAX

On observe, sur les parois du thorax, soit à l'état de collections froides non ouvertes, soit sous l'aspect de fistules succédant à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces collections, des abcès froids qui ont, par leur fréquence et par les travaux dont ils ont été l'objet, une grande importance clinique.

Anatomie pathologique et étiologie. — Deux points sont acquis maintenant. D'une part, *ces abcès froids sont de nature tuberculeuse*. D'autre part, la lésion tuberculeuse originelle peut avoir plusieurs sièges, qui sont : 1° le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° la côte et son périoste ; 3° la plèvre ou le poumon.